

Was ist das? Das ist was! Musiktherapie.

Möglichkeiten und Grenzen der
Musiktherapie mit krebserkrankten Kindern
und Jugendlichen in der Universitätsklinik
Bonn

Fachvortrag zur Musiktherapeutischen
Zusatzausbildung
an der Universität Siegen

Ilka Theis
Sonderschullehrerin
Musiktherapeutin i.A.



Neefestr. 3
53115 Bonn

01/2011

Inhalt

Musikalischer Auftakt

- Wirkungen und Eigenschaften von Musik
- Wirkungsweisen der Musik in der Musiktherapie
- Musiktherapeutische Methoden mit Fallbeispielen aus unterschiedlichen Therapiesitzungen

Wie alles angefangen hat...

- Der Beginn meiner Tätigkeit auf der Station "Innere oben"

Rahmenbedingungen

- Medizinisch
- Räumlich
- Zeitlich
- Patientenrelevant
- Personell

Die musiktherapeutischen Sitzungen mit Benjamin

- Benjamin
- Ziele
- Therapieverlauf
- Fazit
- Ausblick

Über den Tod

Literatur

Musikalischer Auftakt

Verschiedene Musikstücke auf der Geige vorspielen:

Titelmusik zu „Forrest Gump“ „Ases Tod“ „Hier kommt die Maus“

Wirkungen und Eigenschaften von Musik:

Die Musik beeinflusst unsere Stimmung und löst Gefühle aus. Sie aktiviert emotional, reguliert Spannungen und fördert Kontakte und Erlebnisfähigkeit (vgl. H. G. Bastian, 2001, S. 34). Musik kann zur Entspannung beitragen und regt Emotionen wesentlich unterhalb bewusster Wahrnehmung an (vgl. R. Sessions, 1971, S. 24). Sie hilft, das Wesen von Gefühlen zu erspüren (vgl. L. Bunt, 1998, S. 84). Musik vermag Gefühle auszudrücken, die unser Sprachsystem nicht erfassen kann: „Die Musik als symbolische Gestalt beginnt dort, wo die Sprache mit ihrer Verständniskraft aufhört. (...) Für viele gerade frühe Empfindungen gibt es gar keine treffenden Worte, aber es gibt für jede menschliche Regung musikalische Entsprechungen.“ (F. Hegi, 1997, S.152).

Musik wirkt sich auch auf unseren Körper aus: Das limbische System im Gehirn prüft, ob eine Wahrnehmung eine Gefahr oder eine Chance beinhaltet. Es setzt musikalische Informationen in Emotionen um und löst emotionale Reaktionen aus, die sich auf unser Vegetativum auswirken. Das, was wir letztlich hören, ist mit Bewegungs- und Gefühlseindrücken „aufgeladen“ (vgl. H. Kapteina, 2007, Folie 15).

Die Musik ist in ihrer zeitlichen Abfolge nicht greifbar. Im nächsten Moment wird sie schon wieder durch andere Melodien, Klänge und Rhythmen abgelöst: im Jetzt ist sie vergänglich, auch wenn sie auf Tonträgern konserviert werden kann. Dies kommt laut Strobel sehr misstrauischen Menschen zugute, die sich aufgrund deren Flüchtigkeit lieber über die Musik ausdrücken, als über bildnerisches Gestalten (vgl. W. Strobel, 1999, S. 18).

Die Wirkungen und Eigenschaften von Musik geben eine Vorahnung darauf, welche Bedeutung der Musik für die Musiktherapie innewohnt. Dies soll im nächsten Abschnitt noch einmal verdeutlicht werden.

Wirkungsweisen der Musik in der Musiktherapie:

„Das zentrale Spezifikum der Musiktherapie ist die nonverbale Kommunikationsebene“ (W. Strobel, 1999, S. 15). Die Musik schafft also Verbindungen, wie sie kaum ein anderes Medium herstellen kann. Durch ihre sehr gefühlsbetonte Komponente ermöglicht sie einen Kontakt zwischen Menschen, der ohne Sprache stattfinden kann, egal ob diese dazu in der Lage sind, sich sprachlich zu verständigen oder nicht. Damit hat die Musiktherapie ein enormes Potential, Menschen, die vorübergehend nicht oder gar nicht sprechen können oder aufgrund ihrer aktuellen psychischen Situation keinen Zugang zu ihren Gefühlen haben, zu unterstützen und Veränderungen zu bewirken.

So können über Musik Kommunikationsbrücken entstehen: Musik kann einen Weg aus der Isolation herstellen, indem die Spielpartner mit der Art und Weise, wie sie sich musikalisch aufeinander beziehen, in Kontakt kommen. Dabei sind das gewählte Instrument (auch die Stimme), Tonhöhe, Intensität und Lautstärke, Tempo und Spielweise, Melodie und Rhythmus Ausdruck des aktuellen Befindens. (vgl. B. Schreiber, 2000, S. 1).

Fritz Hegi betont, dass Musik nicht nur als emotionaler Katalysator oder als kreative Bereicherung betrachtet werden kann. Er legt dar, dass die spezifischen diagnostischen, entwicklungspsychologischen und therapeutischen Möglichkeiten der Musik in ihren Wirkungskomponenten Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form zu finden sind (vgl. ebd., 2009, S. 380). „Deren inhärente Kräfte haben eine phänomenologische Verbindung zur sozialen und psychologischen Natur des Menschen“ (ebd., 2009, S. 380).

Musikinstrumente besitzen, mit Donald Winnicotts Terminologie ausgedrückt, die Eigenschaft von Übergangsobjekten (vgl. ebd., 1971, S. 1-30). Laut Juliette Alvin können Instrumente durch den Kontakt mit z. B. Mund oder Händen als Erweiterung des Körpers betrachtet werden, worüber die Gefühle von Schutz und auch von Projektion erlebt werden (vgl. ebd., 1977, S. 7-13). Instrumenten kann man in der Phantasie spezielle Charakteristika oder die Rolle imaginärer Figuren zuschreiben (vgl. L. Bunt, 1998, S. 110).

Diese Wirkungsweisen, die hier nur einen kleinen Ausschnitt darstellen und bestimmt nicht vollständig sind, spiegeln die musiktherapeutischen Methoden wieder:

Musiktherapeutische Methoden mit Fallbeispielen aus unterschiedlichen Therapiesitzungen

Als grundlegend für den Einsatz musiktherapeutischer Methoden bezeichnet S. Lutz Hochreutener eine so genannte „Safe-Place-Atmosphäre“. Die Qualität der therapeutischen Beziehung zu dem Patienten soll eine solch sichere Atmosphäre ermöglichen (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S138). Auf dieser Grundlage werden die folgenden musiktherapeutischen Methoden eingesetzt: Stille, Improvisation, Lied, komponierte instrumentale Musik, körperzentrierte Musikspiele, Sprache, musiktherapeutisches Rollenspiel, imaginatives Musikerleben und Hantieren mit Instrumenten. Diese musiktherapeutischen Methoden gehen in der Praxis fließend ineinander über (vgl. ebd., 2009, S. 138).

Nachfolgend gehe ich auf die Methoden ein, die in meinen Praxisbeispielen vorwiegend von Bedeutung sind:

Die **musiktherapeutische Improvisation**: „Ton um Ton ohne Vorgaben eine Musik weben, Inneres erklingen lassen, sich jenseits von Richtig und Falsch begegnen...“ (S. Lutz Hochreutener, 2009, S.156). In der musiktherapeutischen Improvisation geht es um den musikalischen und emotionalen Ausdruck und um Kommunikation, welches beides die Grundlage für Erneuerung und Wandlungen darstellt. Der Musiktherapeut stimmt sein Spiel auf die anklingenden Entwicklungsbedürfnisse des Kindes ab, regt dadurch seinen Ausdruck an und begleitet Gestaltungsprozesse, kann Schwieriges mit aushalten und bei der Entdeckung von Neuem unterstützen (vgl. ebd., 2009, S.159). „Innerpsychische Themen sowie Bewältigungs- und Interaktionsmuster des Spielers werden hör- und sichtbar.“ (S. Lutz Hochreutener, 2009, S. 159).

Beim Improvisieren kann der Patient die eigenen Grenzen und die der anderen erproben. Instrumente stellen verlässliche Partner dar, die sich nicht verändern und nichts zurückgeben. Die Musik, die entsteht, kann ein großes Spektrum an Gefühlen aushalten, auch solche, die man vielleicht nicht aussprechen mag (vgl. L. Bunt, 1998, S. 110).

Bunt zeigt in seinen musiktherapeutischen Praxisbeispielen immer wieder auf, wie wichtig die Wechselbeziehung („turn-taking“) in der musiktherapeutischen Improvisation ist. So kann sich der Patient jenseits der Sprache als gemeint, gewollt und beachtet fühlen, wenn der Musiktherapeut seine Musik ohne Bewertung zulässt, ein-

fühlsam auf seine Musik antwortet, ihn musikalisch begleitet und in eine lebensbejahendere Richtung „mitnimmt“: „In klingender Beziehung kann sich Gestörtes neu ordnen, Unterdrücktes wachsen, Krankes und Gekränktes heilen; kann jemand den Mut fassen, sich dem Leben neu zu stellen.“ (H. Kapteina und E. Decker in Bunt, L. 1998, S.10).

Im Dezember 2009 komme ich zu einer jungen Frau, die an Leukämie erkrankt ist, ins Zimmer. Während ich die Instrumente auspacke erzählt sie mir, dass sie über Weihnachten in der Klinik bleiben muss. Es ist unsere vierte und bislang letzte Stunde. Ingrid und ich improvisieren: sie spielt die Tamburin, ich die Ocean drum. Zunächst spiegele ich Ingrid in ihrem Spiel (aus Ermangelung an einer anderen Tamburin zu diesem Zeitpunkt spiele ich ihren Rhythmus auf der Ocean drum), um ihr Angenommen-Sein und Wohlbefinden zu vermitteln. Das geht eine Zeitlang so weiter, bis ich mein Spiel verändere und sie mir wiederum folgt. Daraus entsteht eine Kommunikation, bei der sie mir zunächst musikalisch antwortet und später kleine Impulse von sich aus setzt. Unwillkürlich müssen wir dabei lachen und die Atmosphäre entspannt sich zunehmend. Dann beginnt Ingrid, eine ihr zutiefst eigene Musik zu spielen, die mit meinem Spiel nichts mehr gemein hat: sie findet ihren eigenen Rhythmus und spielt lauter. Sie wirkt dabei gelöst und lächelt sogar ein wenig. Voll und ganz geht sie in ihrem Spiel auf. Nach einer ganzen Weile seufzt sie zufrieden und beendet ihre Musik. Wir lassen die Musik noch auf uns nachwirken, bevor ich sie frage, was sie gespielt hat: „Wut“ ist ihre Antwort. Daraufhin erklärt sie mir, dass sie wütend ist, weil sie krank ist und dass sie sich immer wieder Fragen stellt wie: „Warum gerade ich?“, „Was habe ich getan?“, „Hab ich andere schlecht behandelt?“, „Ist das eine Strafe?“, und „Woran habe ich Schuld?“ Wir sprechen noch eine Weile darüber und ich fordere sie dazu auf, dieses Thema noch einmal musikalisch zu bearbeiten. Danach kommen wir wieder ins Gespräch und sie erzählt mir, was sie noch belastet. Die Improvisation mit Ingrid zeigt sich hier als ein Medium für Kommunikation (zunächst angepasst und zurückgenommen, später „zeigt“ sie sich), als Medium für Ausdruck (sie kann ihre Gefühle „herausspielen“) und als Annäherung an ein Thema (Wut), wodurch ein gemeinsames Gespräch entsteht (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S.165).

Ein anderes Beispiel, diesmal das sogenannte Für-Spiel in der musiktherapeutischen Improvisation ist eine Sitzung mit Lisa (solider Tumor), ein 1 ½ jähriges Mädchen, an

dessen Zimmertür ein Zettel mit „Bitte nicht stören“ hängt. Die Mutter bittet mich ausdrücklich herein, ich sei eine Ausnahme.

Lisas Mutter, Vater und ich singen das Begrüßungslied. Lisa tanzt auf allen vieren im Bett mit. Dabei reißt sie sich aus Versehen die Infusionsnadel aus dem Arm. Lisa weint. Bald darauf kommt zuerst eine Schwester, später eine Ärztin herein. Plötzlich wird es ganz hektisch: alle stehen um Lisa herum, reden beruhigend auf sie ein, Schwester und Ärztin tauschen sich schnell aus und versuchen, schnellstmöglich die Situation unter Kontrolle zu bekommen. Lisa schreit inzwischen aus Leibeskräften. Mit meinem improvisierten Für-Spiel auf der Klangschale gelingt es mir, sie immer wieder von ihrem Schmerz und dieser unangenehmen Atmosphäre abzulenken. Sie schaut in meine Richtung und hört zu weinen auf. Als sie erneut weinen muss, singe ich ihr eine ruhige Melodie vor und begleite diese auf der Gitarre. Lisa beruhigt sich wieder und reckt ihren Kopf in meine Richtung. Ich scheine mit meinem musiktherapeutisch improvisierten „Für-Spiel“ etwas in ihr berührt zu haben. Als die Schwester und die Ärztin das Zimmer wieder verlassen haben und langsam Ruhe einkehrt, ist Lisa deutlich ihre Erschöpfung anzumerken. Ich singe das Wiegenlied „Bajuschki baju“ für sie, das sie und ihre Eltern in einer früheren Sitzung sehr mochten. Ihre Eltern stimmen dankbar mit ein. Lisa macht einen müden, aber zufriedenen Eindruck. Als ich meine Instrumente einpacke sagt ihre Mutter, dass ich genau zum richtigen Zeitpunkt da gewesen sei und dankt mir.

Beim Für-Spiel improvisiert die Therapeutin spontan für das Kind, indem sie sich in die Befindlichkeit des Kindes einfühlt. Klänge und Rhythmen sowie Melodien sind in Resonanz zu dem, was sich atmosphärisch, manchmal auch mimisch und gestisch zwischen der spielenden Therapeutin und dem zuhörenden Kind ereignet (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S. 172).

Sprache wird bei unterschiedlichen Stilrichtungen der Musiktherapie auch unterschiedlich eingesetzt. Allen Stilrichtungen gemein ist aber, dass die Sprache – zwar unterschiedlich gewichtet - aber im psychotherapeutischen Sinn zum Aufarbeiten genutzt wird (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S. 219).

Das Gespräch im Anschluss an eine Improvisation kann auf zwei Ebenen stattfinden: einmal eher sachlich orientiert, wenn Musik und Musikspielhandlungen im Zentrum stehen und außerdem, wenn die persönliche Betroffenheit des Kindes reflektiert wird.

Häufig wird zwischen den beiden Ebenen hin- und hergependelt. Für diese Reflexion muss das Kind vor allem offen sein. Es kann dabei nichts erzwungen werden. Formen der Gesprächsgestaltung sind z.B. Kommentieren, Zusammenfassen, Konkretisieren, Verstärken, Fragen, Antworten, Feedback, Anregen und Konfrontieren (vgl. ebd., 2009, S. 226). In dem Beispiel mit Ingrid stelle ich vor allem offen formulierte Fragen zu ihrer Wut.

Bei einem Geschwisterkind (ein Junge von ca. 10 Jahren), frage ich nach unserer Improvisation danach, ob er irgendwelche Bilder währenddessen hatte. „Von der Kirche,“ ist seine Antwort, „weil wir da manchmal nach dem Gottesdienst Musik machen dürfen.“ Und lächelt versunken.

Ein kleines Lied, wie geht´s nur an,
dass man so lieb es haben kann?

Was liegt darin? – Erzähle!

Es liegt darin ein wenig Klang,
ein wenig Wohllaut und Gesang
und eine ganze Seele.

(Marie von Ebner-Eschenbach)

Der Begriff „**Lied**“ umfasst in der Musiktherapie vom einfachen Kinderlied bis zur Opernarie, vom Choral bis zum Popsong alle Stilrichtungen gesungener Sprache, auch selbstkomponierte Lieder und Songs mit eigenen Texten bis hin zum freien, spontanen Singen mit Text (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S. 180).

Für jedes Lebensalter und jede Lebenssituation gibt es Lieder: sie sorgen für Sicherheit und haben eine tragende Wirkung (vgl. ebd., 2009, S. 178). Es gibt verschiedene thematisch bezogene Lieder wie Spaß- und Spottlieder, Spiellieder, die Handlungsabläufe kommentieren und Rollenspiele begleiten, Situationslieder, die ein aktuelles Geschehen, ein Gefühl oder einen Gedanken singend kommentieren, Bewegungs- und Tanzlieder, die Lust auf Bewegung machen, Stimmungslieder, die eine Brücke zwischen nonverbalem Ausdruck und sprachlichem Benennen darstellen können sowie Rituallieder, Klage- und Heillieder und Sehnsuchts- und Kraftlieder, um nur einige zu nennen (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S. 191-193). Die meisten haben die Stärkung des Selbstwertgefühls gemeinsam, viele tragen zu einem Gefühl von Sicherheit und Entspannung bzw. Spannungsabfuhr bei und einige dienen dem

Selbstwahrnehmungsgewinn oder der Bewältigung belastender Gefühle (vgl. ebd., 2009, S. 180-181), wobei ich hier nur einen Teil der mit Liedern intendierten Ziele dargestellt habe.

Mit der dreijährigen Anabelle (Lymphom) und ihren Eltern singe ich viele Lieder, die ihr bekannt sind sowie ein paar neue, die sie sofort mit aufgreift, hoch und runter. Sie freut sich und strahlt dabei, vor allem als sie mir ihr Lieblingslied „Der Hahn ist tot“, das ich bis dahin noch nicht kannte, vorsingt. Es ist die erste Sitzung mit ihr und „das Eis schnell gebrochen“, dadurch dass wir die Lieder miteinander teilen.

Das Singen vermittelt ihr Geborgenheit, Getragensein und dient der Vermittlung von Sicherheit, der Stabilisierung und der Ich-Stärkung (vgl. die Funktion der Musik als Halt, Rahmen oder Gefäß nach I. Frohne-Hagemann und H. Pleß-Adamczyk, 2005, S. 96).

Zu einem einjährigen Jungen mit einem Neuroblastom komme ich ins Zimmer, nachdem die Mutter einige Male zuvor meinen Besuch abgelehnt hatte. Eigentlich hätte sie lieber ihre Ruhe und am nächsten Tag würde es ihr besser passen, doch als sie hört, dass ich dann nicht in der Klinik bin, bittet sie mich freundlich herein. Nachdem ich Ralfs Reaktion auf zwei Klanginstrumente beobachtet habe, fange ich an, ein ruhiges Lied für ihn zu singen. Seine Mutter hält ihn auf ihrem Schoß und wiegt ihn dabei. Ralf schaut mich aufmerksam an. Als ich ein weiteres, für mein Empfinden verträumtes Lied anstimme, fängt seine Mutter zu weinen an. Sie entschuldigt sich und erklärt, dass sie immer bei so traurigen Liedern weinen müsse. Ob ich nicht etwas Lustigeres singen könne. Während ich ein Taschentuch für sie organisiere gebe ich ihr zu verstehen, dass sie ruhig weinen könne und dass sie allen Grund dazu habe, traurig zu sein. Sie beginnt, mir von ihrer Geschichte zu erzählen. Langsam versiegen ihre Tränen. Ich schlage ihr ein fröhlicheres Lied vor. Beim Singen ist ihr deutlich anzumerken, dass sie mitgeht und sich freut. Wir singen noch ein paar andere Lieder: sie betont nach jedem einzelnen Lied, wie schön es geklungen hat und wie gut es ihr gefällt. Dabei strahlt sie. Schließlich verabschiedet sie sich ganz herzlich von mir und bedankt sich mehrmals für mein Kommen. Ihr Sohn hat mich die ganze Zeit über angeschaut und sehr entspannt gewirkt.

Mit den ruhigeren Liedern zu Beginn wollte ich zur Entspannung von Ralf beitragen und eine wohlige Atmosphäre schaffen. Obwohl mir dies für Ralf vielleicht sogar gelungen ist, hat es bei seiner Mutter Traurigkeit und eventuell auch Ängste ausgelöst.

So hat sie mir von ihren Klinikerfahrungen berichtet und ihre schwierige Lage erklärt. Dabei ist es aber auch möglich, dass ihre Tränen etwas Befreiendes für sie hatten und sie aufgrund dessen wieder fröhlicher und ausgelassener sein konnte.

So hatte die Musik für Ralfs Mutter zunächst eine Katalysatorfunktion, später auch eine Containerfunktion, als sie ihr wieder Halt gegeben hat (vgl. I. Frohne-Hagemann und H. Pleß-Adamczyk, 2005, S. 96 und 99).

Auch wenn ich in meiner Arbeit mit krebserkrankten Kindern viel improvisiere und vor allem singe, macht den Hauptteil meiner Arbeit mit Benjamin, den ich später eingehender beschreibe, das **musiktherapeutische Rollenspiel** aus. „Das selbstverständliche Sein und Handeln in der Als-ob-Realität (...) übernimmt wichtige Funktionen in der kindlichen Entwicklung: Alltagseindrücke und Erfahrungen werden verarbeitet, Kreativität und Flexibilität gefördert, motorische und sprachliche Fertigkeiten geübt, soziale Kompetenzen erweitert und das Selbstvertrauen gestärkt.“ (S. Lutz Hochreutener, 2009, S.233).

In der Musiktherapie stehen Musikinstrumente zur Verfügung, die als Teil des Rollenspiels dienen und wie Stofftiere oder Puppen als Platzhalter genutzt werden. Es kann, wie ich in meinem Beispiel später darstellen werde, eine Klangschale als Rad eines Motorrades oder der umgedrehte Schlägel einer Klangschale als Berg fungieren. Außerdem werden gezielt improvisierte Musik und Lieder einbezogen. Es werden Kommentare zu verschiedenen Handlungen gesungen oder Atmosphären des Rollenspiels instrumental begleitet, verstärkt oder auch reguliert (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S. 233-234).

Der Einsatz der Musik variiert. Es kommt vor, dass es längere Sequenzen ohne Musik gibt und nur Sprache und Gesten im Vordergrund stehen, manchmal klingt ein Instrument nur an, wenn es durch Zufall berührt oder an einen anderen Platz gestellt wird. Andererseits gibt es auch Situationen, in denen die Musiktherapeutin es für sinnvoll erachtet, dass die Musik wie ein roter Faden durch die Ereignisse führt (vgl. S. Lutz Hochreutener, 2009, S. 234).

Dabei kann die Musik die folgenden Funktionen im musiktherapeutischen Rollenspiel einnehmen: „Holding“ (musikalische Begleitung vermittelt Halt und Geborgenheit), „Erlebnisintensivierung“, „Vehikelfunktion“ (mit Situationsliedern und improvisierter Musik können Gefühle der Leere und Ideenlosigkeit überbrückt werden), „Katalysa-

torfunktion“ (Gefühle, die durch das szenische Spiel ausgelöst werden, bekommen ein Ventil), „Symbolisierung“ (Wahl und Spielweise des Instruments verdeutlichen die emotionale Besetzung einer Rolle oder eines Symbols), „Einhüllung und Schutz“ (Musik als Schutzraum, um neue Kräfte zu sammeln) und „Resonanz“ (Musiktherapeutin gibt Spielaktion des Kindes Resonanz, stützt, konfrontiert, spiegelt, usw.), um nur einige zu nennen (vgl. ebd., 2009, S. 242-244).

Wie alles angefangen hat...

Der Beginn meiner Tätigkeit auf der Station „Innere oben“

Anfangs hatte ich Schwierigkeiten, den Eltern und manchmal auch den Schwestern deutlich zu machen, dass ich für mein therapeutisches Arbeiten Ruhe brauchte. Dafür habe ich jeweils ein Schild: „In diesem Zimmer findet gerade Musiktherapie statt. Nach Möglichkeit bitte nicht stören.“ an die Zimmertür geklebt, wohlwissend dass medizinische Interventionen immer wieder dringend notwendig sind und Vorrang haben.

Einige Schwestern kamen herein und meinten laut polternd, dass sie nicht stören wollten, aber sie müssten ja mal eben...Andere sind leise herein gekommen (häufig hatte ich selber sie ja auch gerufen, weil ein Infusionsautomat gepiepst hat), haben ihre Arbeit stillschweigend gemacht und dann den Raum wieder verlassen. Einige Eltern haben oft währenddessen ihre Telefonate geführt, sind mehrmals raus- und wieder hereingekommen, usw. Eine Mutter hat bei einer Improvisation mit ihr und ihrem Sohn diesen in die Seite gestupst und meinte, er solle mal leise sein, die Frau da würde so schöne Musik machen.

Solche Situationen begegnen mir immer wieder, wenn auch zunehmend weniger, häufig auch abhängig von kulturellem Hintergrund und Bildung der Familien. Ein Flyer, den ich für die Eltern zur ausführlichen Information geschrieben habe, hat ein wenig Abhilfe geschaffen, sicher aber auch meine innere Haltung als Therapeutin, die einerseits präsenter geworden ist (ich bin die Therapeutin) und andererseits auch die Erfahrung mit sich bringt, dass ich die Menschen nicht ändern kann und mich mit einigen Gegebenheiten abfinden muss. Wenn ich diese Haltung habe, entstehen häufig doch Situationen, die „unter die Haut gehen“ und therapeutisch wirksam sind, eben weil ich entspannter bin. Insgesamt aber sind die Menschen, die mich auf der

Station neben meinen Patienten umgeben, sensibler geworden, nicht zuletzt weil sie Atmosphären während und auch kleine Veränderungen nach musiktherapeutischen Sitzungen wahrgenommen haben.

Rahmenbedingungen

Medizinische Rahmenbedingungen

Ungefähr 30 Prozent der betroffenen Kinder sterben an ihrer Krebserkrankung (vgl. B. Gießmeier 2005, S. 233-234). Es kommen verschiedene Krebserkrankungen wie Leukämie, solide Tumore und Lymphome (Krebsformen im Gewebe des Lymphsystems) vor. Nicht selten leiden die Patienten unter extremer taktiler Empfindlichkeit und neigen zu Blutungen (vgl. G. Bode 2007, S.11).

Die meisten krebserkrankten Kinder werden mit Zytostatika behandelt. Diese Zellgifte sollen die Krebszellen zerstören. Dabei haben sie enorme Nebenwirkungen, wie z.B. eine erhöhte Infektanfälligkeit, Blutungsneigung, schmerzhafte Läsionen der Schleimhäute, Übelkeit und Appetitverlust. Viele Patienten fühlen sich aufgrund der Chemotherapie extrem schlapp und müde. Haarausfall belastet noch zusätzlich ihre Psyche, vor allem bei Jugendlichen.

Insgesamt dauert die Therapie -je nach Diagnose- ungefähr sechs bis zwölf Monate und findet teils stationär, teils ambulant statt. Die Zeit zwischen den Therapieblöcken können die Kinder, wenn keine Komplikationen (z.B. Fieber) auftreten, zu Hause verbringen. Schlägt die Therapie nicht an, werden stärkere Medikamente und Bestrahlungen eingesetzt. Immer häufiger gehören Knochenmarks- bzw. Stammzellentransplantationen zu der Behandlung (vgl. B. Gießmeier, 2005, S. 233).

Das erste, was ich mache, wenn ich auf der Station ankomme, ist, dass ich meine Hände desinfiziere. Auch nach jedem Patientenkontakt ist dies wichtig, um Ansteckungen von Patient zu Patient zu vermeiden. Wenn ich nicht sicher bin, ob ich z.B. aufgrund einer Erkältung ansteckend bin, muss ich mit Mundschutz arbeiten.

Dadurch, dass medizinische Interventionen immer Vorrang haben, kommt es immer wieder zu Unterbrechungen oder Abbrüchen der Musiktherapiesitzungen, die oft nicht vorhersehbar sind.

Räumliche Rahmenbedingungen:

Die Flure der Station „Innere oben“ sind sehr eng. Wenn ich mit meiner Gitarre und dem Instrumenten-Trolli durch die Gänge gehe, komme ich nicht an einem Kind mit Infusionsständer und nur schwer an einer Schwester/einer Ärztin vorbei. Von den Patientenzimmern gibt es einige Einzelzimmer, die vor allem auch genutzt werden, wenn jemand isoliert werden muss, was immer wieder vorkommt. Aber es gibt auch zwei Dreibett- und einige Zweibettzimmer.

Die Kinder sind in der Regel nicht alleine: meist sind ihre Eltern, vorwiegend die Mütter, anwesend, manchmal sind auch Geschwisterkinder oder Großeltern zu Besuch. Da die Musiktherapie aufgrund des Gesundheitszustandes der Kinder vorwiegend in deren Zimmern stattfindet, müssen ihre Besucher oft spontan mit einbezogen werden. Bei den jüngeren Kindern steht oft noch ein Klappbett im Zimmer, weil ein Elternteil dort schläft.

Außerdem gibt es ein Spielzimmer, in dem sich viele kleine Tische und Stühle befinden, sowie Spiel- und Bastelmaterialien. Die Ärzte und Schwestern teilen sich einen kleinen Raum mit zwei Computern, in dem kurze Übergaben stattfinden und Visiten besprochen werden. Sämtliche Mitarbeiter (auch vom psychosozialen Dienst) haben dort ihre Fächer; in das von der Psychologin lege ich meine Dokumentationsmappe wenn ich fertig bin. Sie muss in der Klinik bleiben. In diesem Raum befindet sich auch ein kleines Whiteboard, auf dem die Zimmernummern mit den aktuellen Patientennamen angegeben sind. So muss ich manchmal die Besprechungen der Ärzte und Schwestern stören, um nachzuschauen, in welchem Zimmer die mir anvertrauten Patienten liegen.

Es gibt einen Untersuchungsraum mit Untersuchungstisch, kleinem Schreibtisch und PC, wohin ich mich zurückziehe, um zu dokumentieren. Manchmal dokumentiere ich und ein Patient kommt mit einer Schwester herein und wird dort zeitgleich untersucht bzw. behandelt. Ein wichtiger Raum ist die Küche, in der sich abwechselnd Schwestern, Ärzte und Eltern und natürlich vorwiegend die Küchenfeen aufhalten. Eine Etage tiefer liegt der mit dem Aufzug erreichbare Physiotherapieraum, den ich meistens ab 16 Uhr nutzen kann, wenn ich einer Zweier- oder Dreierkonstellation aus dem Weg gehen möchte, die ich nicht passend finde. Dort muss ich jeden Gegenstand desinfizieren, der berührt wurde.

Zeitliche Rahmenbedingungen:

Ich arbeite einmal in der Woche nachmittags für drei Stunden Dienstags auf der „Inneren oben“ und alle vierzehn Tage Mittwochs für zwei Stunden. Seit Januar 2010 habe ich die Abmachung mit dem Förderkreis, einen Patienten (Benjamin) Mittwochs auch zu Hause behandeln zu dürfen. Befindet er sich allerdings Mittwochs in der Klinik, arbeite ich auch in der Klinik.

Eine viertel Stunde vor meinem eigentlichen Arbeitsbeginn habe ich in der Regel eine kurze Übergabe mit der Psychologin. Sie erzählt mir, wer sich gerade auf Station befindet und wer für meine Arbeit infrage kommt. Dabei erklärt sie mir den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten, oft auch familiäre Hintergründe.

Für jeden Patienten sind ca. 45 Minuten vorgesehen. Für die anschließende Dokumentation 15 Minuten. Das ist natürlich nicht immer genau so. Manchmal dauert es eine halbe Stunde, ehe ich beginnen kann, weil ich von Zimmer zu Zimmer gehe und die vorgesehenen Patienten gerade starke Schmerzen haben, schlafen, Fieber bekommen haben oder allergische Reaktionen aufweisen. So sind auch die Frequenz und die Dauer der Sitzungen abhängig vom aktuellen Befinden und natürlich vom Alter der Patienten.

Absprachen über einen längeren Zeitraum hinweg sind fast unmöglich, da der Therapieverlauf nicht vorhersehbar ist und eine ständige Fluktuation der stationären Patienten besteht. So können immer wieder unvorhergesehene Ereignisse eintreffen, die eine hohe Flexibilität in der Planung und Durchführung der Musiktherapiesitzungen verlangen (vgl. auch B. Grießmeier, 2005, S. 235).

Patientenrelevante Rahmenbedingungen:

Auf die Station kommen Kinder vom Säuglingsalter bis zu einem Alter von ca. 22 Jahren, wenn diese jungen Erwachsenen schon als Kinder auf der Station in Behandlung waren. Auch diese große Altersspanne stellt enorme Anforderungen an mich als Musiktherapeutin, vor allem wenn ich an einem Tag mit Patienten sehr unterschiedlichen Alters arbeite.

Personelle Rahmenbedingungen:

Auf der Station arbeiten neben den Ärzten und Schwestern eine Sozialarbeiterin, eine Sozialpädagogin, eine Erzieherin, eine Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutin und Förderschullehrerinnen, die im Auftrag der Förderschule für Kranke mit den Patienten im Krankenhaus arbeiten. Außerdem gibt es noch die Physiotherapeuten, Küchenfeen, die täglich frisch kochen und die ehrenamtlichen Mitarbeiter, die sogenannten „grünen Damen“.

Durch die Ausbildung von Ärzten und Schwestern in der Klinik kommt es immer wieder zu personellen Wechseln. Ich stelle mich - gefühlt - alle paar Wochen einer neuen Schwesternschülerin oder einer neuen Assistenzärztin vor.

Durch diese Rahmenbedingungen wird deutlich, wie eng die Grenzen in der Kinderonkologie für die musiktherapeutische Arbeit gesteckt sind. Womit ich am wenigsten gut umgehen kann, ist der Mangel an Kontinuität in der Arbeit mit den krebskranken Kindern und Jugendlichen. Oft habe ich nur eine Sitzung mit einem Kind, manchmal sind es vier, fünf oder sechs, aber in einem sehr großen zeitlichen Abstand zueinander.

Außerdem bin ich diejenige, die fragt, ob das Kind mitmachen möchte und Lust hat „Musik zu machen“. Auf diese Weise bin ich immer eine Art Bittstellerin. Das habe ich oft als sehr unangenehm empfunden. Dennoch ist musiktherapeutische Arbeit in der Kinderonkologie möglich, wie ich ja z.T. schon beschrieben habe, eben nur nicht so in der Tiefe, aufgrund der ständig wechselnden Rahmenbedingungen.

In dem folgenden Beispiel mit Benjamin waren die Bedingungen jedoch anders. Mit Benjamin konnte ich kontinuierlicher arbeiten, weil ich die Möglichkeit hatte, zu ihm nach Hause zu fahren, wenn er nicht in der Klinik stationär behandelt wurde. Dies hat eine viel intensivere Arbeit ermöglicht.

Die Musiktherapeutischen Sitzungen mit Benjamin

Benjamin

Benjamin ist ein vierjähriger Junge, der vor zwei Jahren erstmals an Krebs erkrankt ist. Er leidet unter einem embryonalen, spindelzellig differenzierten Rhabdomyosarkom (bösartiger Tumor in den Muskelzellen) am Hals. Neben unzähligen Chemotherapien bekam er schließlich auch Bestrahlung.

Therapieziele

Ziel der musiktherapeutischen Sitzungen mit Benjamin ist es, ihm Entspannung zu ermöglichen. Benjamin soll vom Klinikalltag und von seiner sehr präsenten Krankheit gedanklich abschalten und sich auf (Spiel-)Freude und den Moment einlassen können. Ein Ziel, das mir Benjamin ganz deutlich gezeigt hat, ist neben dem Abschalten auch die Bearbeitung seiner aktuellen Situation, die sich immer wieder wie ein roter Faden durch die Musiktherapie zieht und vor allem in den letzten Stunden sehr deutlich wurde. Dazu gehört auch die Spannungsabfuhr, die Verarbeitung seiner Aggressionen und das Begreifen und Bewältigen seiner Situation in der Kinderklinik.

Therapieverlauf

In den ersten Stunden greift Benjamin immer als erstes zu der Ukulele, um mit mir zusammen das Begrüßungslied zu singen/spielen: „Hey, guten Tag, lieber Benjamin“. Er liebt es, Instrumente auszuprobieren, um sie schnell wieder weg zu legen und „etwas anderes“ zu spielen. Ähnlich verhält es sich mit Liedern, die wir singen: Merkt er, dass ich eine Strophe wiederhole oder die nächste anstimme, unterbricht er mich.

In der 6.-9. Stunde biete ich ihm Muggelsteine an, die er durch ein Heulrohr schickt und in einer Rühr- oder Rahmentrommel landen lässt. Er rührt darin so lange, bis sie heraus hüpfen und durch das ganze Wohnzimmer purzeln (zu der Zeit sind wir bei ihm zu Hause). Benjamin freut sich sehr darüber und sammelt sie voller Elan wieder ein. Er sortiert sie: die hellblauen Muggelsteine stellen den Strand dar, die dunkleren das tiefblaue Wasser. Dabei fragt er immer wieder: „Warum hüpfen die Steine weg?“ Nach einer dieser Stunden erzählt er beim Hinausgehen davon, dass seine Mutter im Krankenhaus geweint habe.

Ab der 10. Stunde ist Benjamin nach drei Monaten das erste Mal wieder in der Klinik. In der 11. Stunde drehen wir eine Marimba um, so dass sie die Muggelsteine auffangen kann. Ich finde sie sieht wie ein Schiff aus und so werden die Muggelsteine zu Fischen, die Benjamin platt drückt. Zwischendurch wird das „Schiff“ mit dem Heulrohr als Stethoskop abgehört. Dann hüpfen die Steine auf das Glockenspiel und Benjamin macht sich einen Spaß daraus, sie noch weiter hüpfen zu lassen, bis er sie schließlich gegen die Fenster und die Heizung wirft. Benjamin drückt also die Fische in Form von Muggelsteinen platt und wirft sie gegen Fenster und Heizung. Sind seine

Aggressionen ein Versuch, sich dagegen zu wehren, dass er durch seine Krankheit viele unangenehme Behandlungen ertragen und hinnehmen muss, dass er all dem ausgeliefert ist? Dass das Heulrohr als Stethoskop verwendet wird, wie auch zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal, zeigt, dass Benjamin hier seinen Klinikalltag bearbeitet. Dies wird auch in den nächsten Therapiestunden deutlich.

Ab der 12. Stunde nehme ich die Muggelsteine nicht mehr mit; sie sind für das Krankenhaus ungeeignet und zu aufwändig zu desinfizieren. Es entsteht ein neues Spiel, das er sehr ausdauernd und immer wieder spielen wird: er kocht. So kocht Benjamin für die Klappertiere, die vorher meine Finger und Schlägel gefressen hatten, eine Suppe nach der anderen in einer Klangschale. Zum Schluss der Stunde wirft er wieder die Schlägel auf den Boden und lächelt.

In der 14. Stunde erinnern Benjamin die Zimbeln an eine Fahrradklingel. Ich schlage vor, ein Fahrrad aus den Instrumenten zu bauen und die Zimbeln als Klingel zu nutzen.

Sie nehmen die Funktion der „Symbolisierung“ ein, da sie eine emotionale Besetzung einer Rolle verdeutlichen. Ich soll auf dem Fahrrad fahren und Benjamin stellt sich mir mit den Klappertieren in den Weg, so dass ich klingeln muss. Dann kündigt er eine Bombendrohung an. So spielen wir eine ganze Weile. Die Bombenwarnungen und -drohungen, so erklärt seine Mutter später, habe Benjamin aus den Nachrichten und durch Gespräche darüber mitbekommen. Sind sie für ihn so wichtig und wiederholt er sie deshalb auch in anderen Sitzungen, weil sie ihn unbewusst an seine Krankheit und die Lebensbedrohung, die sie für ihn darstellt, erinnern?

In der darauffolgenden Stunde kommt er gerade von einer sehr kurzfristig beschlossenen Zahn-Operation zurück. Nach dem Kuchenbacken wollen die Klappertiere nicht nur den Kuchen, sondern auch die Feder von der Spring Drum fressen. Der Frosch bekommt die Feder durch sein Maul geschoben; Benjamin hält sie an beiden Enden fest und es sieht so aus, als würde er die Zähne mit Zahnseide reinigen. Ich erkläre ihm meine Assoziationen und deute an, dass er als nächstes eine Mundspülung braucht (die Mutter hatte vorher erzählt, dass Benjamin sehr ungern die Mundspülung über sich ergehen lässt, die zu der Zeit unerlässlich ist, sonst dürfte er nichts essen). So bekommt der Frosch eine Mundspülung. Auch hier verarbeitet Benjamin seinen Klinikalltag durch ein musiktherapeutisches Rollenspiel.

Als ich ihn das nächste Mal sehe, sitzt er mit seiner Mutter und einer Frau, die eh-

renamtlich die Kinder betreut, um die Eltern zu entlasten, im Spielzimmer. Benjamin ist unleidlich und schreit fast. Alles, was ihm angeboten wird, lehnt er ab und regt sich darüber auf. Da ich gerade nichts weiter zu tun habe, beschließe ich, ein wenig Musik im Spielzimmer zu machen, um die Nerven aller Beteiligten zu beruhigen. Benjamin erklärt ausdrücklich, dass er keine Musik machen wolle. Doch kaum, dass ich anfangs, beruhigende Musik zu spielen, hört er auf, mit seinem Angelspiel zu spielen und möchte mit mir musizieren. Er packt das Regenrohr und eine Trommel aus und fragt mich, was wir jetzt machen. Ich schlage vor zu kochen. Inzwischen hat die Ehrenamtliche den Raum verlassen und wir haben das Glück, dass auch die folgende Zeit niemand in das Spielzimmer herein kommt.

Dann möchte Benjamin mit den Klappertieren spielen. Er frisst wieder meine Finger, ich merke, dass er mir weh tun möchte. Als ich mich nach kurzer Zeit seinem Spiel entziehe, möchte er die Spring Drum spielen. Seine Aggression mir gegenüber verwandelt sich in akustische Aggression. Dann sollen wir leise sein. Benjamin blättert in meiner Liedermappe herum und wünscht sich bezeichnenderweise den „Mecker-Troll“. Seine Mutter darf die Fee spielen und Benjamin lässt als Mecker-Troll die Veränderung durch sie zu! Beim Aufräumen schmeißt er wieder die Schlägel auf den Boden.

Darauf die Einheit wirft er Rasseln auf den Boden, wechselt ununterbrochen die Lieder, die ich manchmal nur anstimmen kann und blättert zerstreut in meinem Liederordner. Dort findet er „Die tapf're Maus“, die ich zweimal hintereinander singe, bis Benjamin damit beginnt, die Stofftiermaus unter die Klangschaale zu legen.

Dieses Lied hat hier eine „Vehikelfunktion“: dadurch wird ein vermeintliches Gefühl der Leere oder Ideenlosigkeit überbrückt. So kommt Benjamin auf die Idee, dass sie operiert werden muss, weil sie durch einen Kratzer einen Tumor bekommen hat. Nur ihr Schwanz guckt unter der Schale hervor. Er „schneidet“ ihn mit einem Schlägel ab und sagt, dass die Maus immer krank bleiben wird. Dann bekommt sie Bestrahlung, so wie er selbst sie auch gerade im Krankenhaus bekommt.

Zu diesem Zeitpunkt ist Benjamins Zustand sehr kritisch. Die Ärzte haben seine Eltern vor die Wahl gestellt, ihn entweder bestrahlen zu lassen (was in seinem Alter sehr selten gemacht wird, weil sich eine Bestrahlung in seinem Fall auf seinen Kiefer und seine Halswirbelsäule auswirkt und vermutlich ein weiteres Wachstum verhindern wird) oder ihn palliativ zu entlassen, d.h. dass sie sonst medizinisch nichts mehr

für ihn tun können und er irgendwann sterben würde. Die Eltern stehen unter einem enormen Druck und machen sich große Sorgen. Sie sehen aber keinen anderen Weg, als der Behandlung zuzustimmen.

Ich merke, dass die Zeit längst um ist und schlage Benjamin vor, sich weiter um die Maus zu kümmern und sie zunächst bei sich zu behalten, wo er das ja schon so gut gemacht habe. Sie brauche jetzt vermutlich sowieso eine Ruhepause, bei so vielen verschiedenen Behandlungen. Er ist einverstanden. Am Telefon erklärt mir seine Mutter, dass Benjamin die Maus zu jeder Bestrahlung mitnimmt und sie eine wichtige Rolle für ihn spiele. Die tapf're Maus begleitet Benjamin und unterstützt ihn dabei, seine Behandlung besser zu ertragen und zu bewältigen.

Als ich in der nächsten Stunde (im Juli) nach ihr frage, erklärt mir Benjamin schnell, dass sie mindestens bis August noch krank sei. Ich frage ihn, ob er sie gern behalten wolle und schenke sie ihm.

Einige Therapiesitzungen später gehen die Klapper-Tiere nach dem obligatorischen Pudding-Essen erstmals in die Berge. Ein Klangschalenschlägel, der in der Klangschale steht, dient als ein Berg, ein umgedrehtes Kindermikrofon als ein anderer. Das Schwein, das er spielt, stürzt vom Berg hinunter. Benjamin erklärt, dass es Medizin für seine Verletzung im Mund brauche und sagt: "besser", als ich sie dem Schwein symbolisch gebe. Zu diesem Zeitpunkt hat er wieder Probleme mit der Mundschleimhaut, die durch die Behandlung entstehen.

Danach ist Rudi, ein anderes Klapper-Tier, das ich spiele, völlig erschöpft, da er es nicht geschafft hat, das Schwein zu retten (das hatte es auch extra unmöglich gemacht; Benjamin wollte nicht, dass es gerettet wird). Rudi entdeckt eine Höhle und möchte sich dort ausruhen. Ich singe ein Schlaflied für die Wanderer. Benjamin lässt es diesmal zu. Ein neues Rollenspiel, doch das Thema bleibt. Benjamin bearbeitet seine Krankheit. Hier hat das Lied die Funktion von „Einhüllung und Schutz“, damit neue Kräfte gesammelt werden können.

In der 25. Einheit möchte Benjamin ein Haus bauen. Dazu legt er alle verfügbaren Instrumente um sich herum und schließt den Kreis. Dann gibt es wieder eine ähnliche Berggeschichte wie in der Sitzung zuvor. Diesmal spielt Benjamin den Arzt, nachdem er als Bär (dieser ist ihm geschenkt worden mit einem Verband um den Arm) vom Berg gestürzt ist und horcht ihn mit dem Heulrohr als Stethoskop ab. Er kommt zu dem Schluss, dass man erst einmal in die Apotheke gehen muss. Nach

der Behandlung frage ich, ob der Bär Angst habe. Benjamin bejaht. Ich singe mit seiner Zustimmung das Lied „Manchmal ist meine Angst riesengroß“. Nach einer Strophe stoppt er mich.

Diese Musik hat die Funktion der „Resonanz“: ich habe Benjamin die Angst des Bären (Benjamins Angst?) gespiegelt. Hat er Angst, seine eigene Angst zuzulassen und sich ihr zu stellen?

In der darauffolgenden Therapieeinheit baut Benjamin wieder ein Haus. Ich packe die Maus aus und frage, ob ich als Maus herein kommen darf. Benjamin legt sie auf eines der Instrumente, die die Mauer des Hauses bilden. Er kocht für die Maus, doch dann entschließt er sich, die Maus in den Topf zu werfen. Mit viel Krafteinsatz stampft er die Maus in der Suppe mit einem Klangschalenschlägel klein. Dann nimmt er noch einen zweiten hinzu. Ich gebe der Maus eine Stimme und schreie „Aua“. Ich frage ihn, ob die Maus sterben soll. Er lächelt und sagt „Ja!“. Immer wenn er beim Stampfen innehält, frage ich, ob sie schon tot ist. Er verneint und fordert mich auf: „Du musst wieder `Aua` sagen“. Dann sagt er „Jetzt ist sie tot!“.

Ich soll die Suppe essen. Ich möchte nicht und frage, ob ich sie wirklich essen muss. Er guckt mir in die Augen und sagt langsam, aber bestimmt: „Ja!“ Ich probiere widerwillig und möchte dann nicht mehr weiter essen. Benjamin probiert auch, isst aber auch nicht weiter. Dann fischt er die Maus aus der Suppe.

Ich frage, ob wir sie beerdigen sollen. Daraufhin holt Benjamin seinen imaginativen Presslufthammer heraus und bearbeitet den Boden, um ein Grab für die Maus zu errichten. Zwischendurch prüft er, ob das Loch groß genug ist. Nachdem wir die Maus in die umgedrehte Rahmentrommel hineingelegt und zugedeckt haben, stellt Benjamin die kleine in die große Klangschale hinein und dreht sie fest im Kreis herum. Das Licht spiegelt sich in der goldenen Farbe der Klangschale wider. Es entsteht ein lauter, scheppernder Ton, der, weil er anhaltend gespielt wird, mich an eine Kirchenglocke erinnert. Ich lasse Benjamin eine Zeit lang so spielen. Dann spiele ich die Zimbeln, die Benjamin mir aus der Hand nimmt und in der kleinen Klangschale anschlägt.

Die Einheit ist längst zu Ende und ich frage ihn, ob ich die große Klangschale haben darf. So schenke ich ihm einen Ton zum Abschied. In dem Moment stürzt ein Assistenzarzt in das Zimmer, entschuldigt die Störung und erklärt, dass Benjamin unverzüglich zum Ultraschall kommen muss. Ich zieh ihm seine Pantoffeln an und hebe

ihn vom Bett herunter, während der Arzt die Mutter holt. Auf dem Flur verabschiede ich mich von Benjamin.

Während ich die Einheit mit ihm zu Ende dokumentiere (diesmal brauche ich recht lange Zeit), höre ich Benjamins Mutter, die mit ihm schon wieder zurück auf der Station ist. Sie habe mich überall gesucht und bittet mich, in Benjamins Zimmer zu kommen, der mich unbedingt noch verabschieden möchte. Seine kleine Schwester und seine Großeltern befinden sich im Zimmer. Benjamin steht an seinem Bett, sein Rücken ist mir zugewandt und blättert in einem Lego-Heft. Er blättert weiter, als ich mit ihm rede. Ich habe den Eindruck, dass er sich gar nicht von mir verabschieden möchte, was er auch nicht macht. So verabschiede *ich* mich noch einmal von ihm und verlasse das Zimmer.

Während dieser Einheit hatte ich die ganze Zeit über das Gefühl, dass mir Benjamin unbewusst seinen bevorstehenden Tod ankündigt, so, wie ich es in der Literatur schon mehrmals auf eine ähnliche Weise gelesen hatte, nur mit dem Unterschied, dass diese Vermutungen erst im Nachhinein aufgekommen sind. Vermutlich habe ich deshalb so gedacht, weil die Maus zuvor all das mitgemacht hat, was Benjamin durchlitten hat. Vielleicht habe ich aber einfach nur seine Angst gespürt und deswegen in diese Richtung gedacht. Möglich wäre, dass Benjamin in diesen Therapiesitzungen gespielt hat, Herr über Leben und Tod zu sein. Oder er hat versucht, seine Erkrankung zu bekämpfen. Was in jedem Fall deutlich wird, ist, dass Benjamin sich mit seiner aktuellen, sehr leidvollen Situation spielend auseinander setzt.

Die darauf folgende Einheit spielt sich ähnlich ab: die Maus wird wieder zerstampft, dann allerdings gebraten und schließlich zu Mäuse-Käse verarbeitet. Benjamins Krafteinsatz wundert mich aufs Neue. Er braucht zu diesem Zeitpunkt viel Unterstützung in seinen Bewegungen, die sehr langsam geworden sind. Sein Muskeltonus ist eher hypoton geworden.

In der letzten Einheit, die ich beschreiben möchte, bringe ich Benjamin einen Karton zum Zerreißen mit. Ich möchte ihm – da wir bei ihm zu Hause sind – die Gelegenheit geben, seinen Aggressionen durch Zerreißen der Pappe freien Lauf zu lassen. Zuerst möchte er nicht, fängt dann aber von sich aus an, die Pappe zu bearbeiten. Wir reißen gemeinsam und schreien dazu laut vor uns hin. Dann nimmt Benjamin ein großes Stück Pappe, setzt seinen Bär darauf, legt die anderen Stücke dazu und macht mit ihm eine Schifffahrt. Er umkreist den Wohnzimmertisch mehrmals und

lehnt eine musikalische Untermalung sowie die Anwesenheit von der tapferen Maus, die auch auf das Schiff kommen möchte, ab. In dieser Stunde lässt Benjamin überhaupt keine Musik zu. Mir kommen Assoziationen wie „die letzte Reise“, „Todesfluss“ und „Beschreiten des Übergangs“ nach den Archetypen von C.G. Jung.

Fazit:

Benjamin und ich haben ein gutes Jahr Musiktherapie miteinander erlebt und gestaltet. Circa dreißig Stunden mit unterschiedlichen Phasen der Vertrauensbildung, des Experimentierens mit Instrumenten, des Singens und der musiktherapeutischen Rollenspiele. Während es zu Beginn vor allem um Ablenkung vom Klinikalltag und Entspannung ging, konnte Benjamin im Laufe der Zeit immer mehr seine Krankheit und sein Ausgeliefertsein in der Klinik bearbeiten.

Er hat Instrumente ausgewählt, um darin und mit ihnen zu kochen (Geborgenheit, physische und psychische Nahrung) und sie als Stethoskop und Bestrahlungsgerät für sich genutzt. Außerdem hat er Fahrräder und Motorräder mit ihnen gebaut, um ein Spiel mit Bombendrohungen in Szene zu setzen und auf diese Weise die Bedrohung seiner tödlichen Krankheit zu bearbeiten.

Die Stofftiere, die für ihn eine große Rolle gespielt haben, waren für ihn vermutlich Identifikationsfiguren, die für unterschiedliche Phasen seiner Krankheitsgeschichte stehen. Die tapfere Maus war eindeutig nur für die Phase der Bestrahlung wichtig, zuletzt war es der Bär, mit dem er sich identifiziert hat und der wichtige Situationen für ihn nacherlebt oder vielleicht auch unbewusst antizipiert hat.

Benjamin hat seine „Krankheitsgeschichte“ mithilfe der (Situations-) Lieder und der Musikinstrumente bearbeiten können und damit seine Lebensqualität verbessert.

Ausblick:

Ich werde weiterhin mit Benjamin musiktherapeutisch arbeiten, solange er es zulässt. Noch freut er sich, wenn ich zu ihm komme und zögert oft das Ende der Stunde noch hinaus, weil er die Zuwendung genießt und es ihm schwer fällt, Abschied zu nehmen. Es kann jedoch durchaus der Zeitpunkt eintreten, zu dem es Benjamin so schlecht geht, dass er mich nicht sehen möchte, sich vor seiner Umgebung verschließt und sich in sich zurückzieht. Diesen Fall beschreiben Barbara Grießmeier und Wolfgang Bossinger in ihrem Buch „Musiktherapie mit krebserkrankten Kindern“ häufiger. Dann

kann es sein, dass nur noch seine engste Familie Zugang zu ihm hat. Damit muss ich dann umgehen und seinem Wunsch entsprechen.

Ich würde mir wünschen, dass Benjamin in Zukunft eines meiner Angebote annimmt, in dem ich mit ihm in einem musiktherapeutischen Rollenspiel oder einem Spiel in der musiktherapeutischen Improvisation die Angst vor dem Tod bzw. dem „Danach“ bearbeiten kann. Er ruft seit einiger Zeit seine Mutter oft vor dem Zubettgehen zu sich und möchte mit ihr über den Tod sprechen. Ob er meine Angebote zulässt und annehmen kann? Benjamin bestimmt das Tempo und wählt aus, was ihm gut tut und was er von wem zu welchem Zeitpunkt braucht. Somit ist für alles gesorgt.

Film: „Ente, Tod und Tulpe“ nach dem Buch von Wolf Erlbruch

Über den Tod

In meiner Arbeit mit krebskranken Kindern begegnet mir immer wieder der Tod. Ich bin mal mehr und mal weniger aufgefordert, mich damit auseinanderzusetzen. Als ich Benjamin musiktherapeutisch begleitet habe, ist mir der Gedanke mehr als einmal gekommen, wie ich mit seinem Tod umgehen würde, zumal auch die Ärzte zu verschiedenen Zeitpunkten immer wieder zu verstehen gegeben haben, wie schwierig und wenig aussichtsreich die weitere medizinische Behandlung sein würde.

Kommen wir auf das Thema Tod zu sprechen, breitet sich in den meisten Fällen Hilflosigkeit aus. Solange wir einem Menschen helfen und in Aktion treten können, fällt es uns leichter, seine schwierige Situation gemeinsam zu bewältigen. Aber nichts mehr tun zu können, können wir kaum aushalten. Es macht uns hilflos, also ohne Hilfe, wir sehen uns nicht dazu in der Lage, mit unseren uns zur Verfügung stehenden Mitteln zu helfen. Dies empfinden wir als unerträglich, zumal wir es in unserer Gesellschaft gewohnt sind, dass es aufgrund des technischen und medizinischen Fortschrittes immer weiter und noch mehr geht, immer mehr erreicht werden kann, gelindert, hier ein Körperteil ersetzt und schließlich dort auch noch geheilt werden kann.

„Nichts tun“ zu können im Angesicht des Todes liegt den meisten von uns nicht. In den musiktherapeutischen Sitzungen kam es mir auch immer wieder so vor, als würde ich für Benjamin nichts oder nur wenig tun können. Und doch habe ich immer wieder gemerkt, wie wichtig es für ihn war und ist, seine Lebensumstände zu verar-

beiten und das, was ihn beschäftigt, auszudrücken. Dabei habe ich in seinem Ausdruck auch immer wieder Freude entdecken können. Freude am Spielen, am Gestalten und am kreativen Ausdruck.

Ich persönlich betrachte den Tod als Übergang in eine andere Lebensform, sehe ihn nicht als Ende, sondern als Brücke zum nächsten, weiteren Dasein. Ich glaube, dass es unendlich lang weiter geht und dass wir nicht Schlimmes zu befürchten, sondern Schönes zu erwarten haben.

Dies kommt in den Worten von Khalil Gibran über den Tod zum Ausdruck: „Leben und Tod sind eins, so wie der Fluss und das Meer eins sind...Eure Angst vor dem Tod ist nichts als das Zittern des Hirten, wenn er vor dem König steht, der ihm zur Ehre die Hand auflegen wird...Und was heißt nicht mehr zu atmen anderes, als den Atem von seinen rastlosen Gezeiten zu befreien, damit er emporsteigt und sich entfaltet und ungehindert Gott suchen kann? Nur wenn ihr vom Fluss der Stille trinkt, werdet ihr wirklich singen. Und wenn ihr den Gipfel des Berges erreicht habt, dann werdet ihr anfangen zu steigen. Und wenn die Erde eure Glieder fordert, dann werdet ihr wahrhaft tanzen.“ (K. Gibran, 2006, S. 78-81).

Von den liebenden Zurückbleibenden wird der Tod als Feind betrachtet, weil er ihnen einen geliebten Menschen „nimmt“. Diesen kann man fortan nicht mehr mit seinen fünf Sinnen wahrnehmen und mit ihm in Kontakt treten. Die Sehnsucht nach dem anderen, ihn zu spüren, anzufassen, sich mit ihm auszutauschen und für ihn da zu sein ist oft so groß, dass der Schmerz über den Verlust unerträglich scheint. Das trifft vor allem auf Eltern zu: sie haben ihr Kind auf die Welt gebracht, sich liebevoll um es gekümmert und zum Aufwachsen und Größerwerden beigetragen; es ist ein Teil von ihnen und sie lieben es so wie es ist. Es wird ihnen nicht leicht fallen, loszulassen. Sehr wahrscheinlich werden sie von ihrer Trauer überwältigt sein und ihr Kind wird ihnen unendlich fehlen.

Ich habe um meine eigene Mutter (sie ist an Krebs gestorben) vor acht Jahren sehr getrauert und es hat lange gedauert, bis ich mit ihrem Tod umgehen konnte. Wie es beim nächsten Mal sein wird? Ich weiß es nicht! Auch wenn sie mir nicht so nahe stehen, wie meine Mutter, so sind Kinder wie Benjamin doch Menschen, die ich im Laufe der Zeit lieb gewonnen habe. Aber ich habe inzwischen eine andere Einstellung zum Tod als damals, habe durch den Tod meiner Mutter mit der Zeit gelernt, loszulassen, habe ein anderes Gefühl, wenn ich ans Sterben denke und fühle mich

viel freier und geborgener, geliebter und liebender.

So wünsche ich mir, dass es mir gelingt, mit meiner Einstellung einerseits Trost zu spenden und andererseits Mut zu machen, Ängste zu nehmen und Hoffnung zu geben und was mich betrifft zu trauern und mich zu freuen, zu weinen und zu lachen.

Melodie zu „Forrest Gump“ (Geige)

Literatur

- Alvin, J. (1977). The Musical Instrument as an Intermediary Object. In British Journal of Music Therapy, vol. 8, no. 2. In Bunt, L. *Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Bastian, H. G. (2001). Kinder optimal fördern – mit Musik. Intelligenz, Sozialverhalten und gute Schulleistungen durch Musikerziehung. Atlantis, Schott.
- Bode, G. (2007). Mein Kind hat Krebs. Ein Ratgeber für Eltern krebskranker Kinder. Bedburg: Schriftenreihe der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe – Aktion für krebskranke Kinder e.V. – Dachverband.
- Bunt, L. (1998). Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Weinheim und Basel: Beltz.
- Frohne-Hagemann, I. und Pleß-Adamczyk, H. (2005). Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD – 10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gibran, K. (2006). Der Prophet. Düsseldorf: Patmos und Albatros.
- Grießmeier, B. (2005). Sternenmusik – Musiktherapie mit krebskranken Kindern. In Christine Plahl und Hedwig Koch-Temming, *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder* (S. 233-244). Bern: Huber.
- Grießmeier, B. und Bossinger, W. (1994). *Musiktherapie mit krebskranken Kindern*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Hegi, F. (1997). Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Paderborn: Junfermann.
- Hegi, F. (2009). Musik wagen. *Musiktherapeutische Umschau*, 30 (4), S. 379-383.
- Kapteina, H. und Decker, E. (1998). Vorwort zur deutschen Ausgabe. In Bunt, L. *Musiktherapie. Eine Einführung in psychosoziale und medizinische Berufe*. (S. 9-10) Weinheim und Basel: Beltz.
- Kapteina, H. (2007). Grundlagen der Musikpsychologie. Unveröffentlichte Seminarpapiere.
- Lutz Hochreutener, S. (2009). Spiel – Musik – Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Schreiber, B. (2000). Musiktherapie mit krebskranken Kindern.
Verfügbar unter: http://www.musiktherapie.uni-siegen.de/forum/kinder/vortraege/214_schreiber.pdf.
- Strobel, W. (1999). Reader Musiktherapie. Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge. Wiesbaden: Reichert.
- Winnicott, D. W. (1971). Playing and Reality. London. In Bunt, L. *Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe*. Weinheim und Basel: Beltz.